



# Yhteistoiminnallisuus perhetapaamisissa

Kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
18.4.2008

---

Sanna Laatikainen  
Saara Moilanen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto
Hoitotyö		Sairaanhoitaja
Tekijä/Tekijät		
Sanna Laatikainen, Saara Moilanen		
Työn nimi		
Yhteistoiminnallisuus perhetapaamisissa - Kirjallisuuskatsaus		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2008	28 + 1 liite
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata perhekeskeisen hoitotyön kehitystä ja perhekeskeisessä hoitotyössä korostuvia piirteitä. Opinnäytetyömme on osa projektia, jossa kehitetään yhteistoimintamalli psykiatriseen hoitotyöhön ja arvioidaan sen toimivuutta käytännössä. Tavoitteena on hoitotyön kehittäminen potilaslähtöisemmäksi. Projektissa ovat mukana Helsingin terveyskeskuksen Auroran sairaalan osastot 6-1 ja 15-6C, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Psykiatriakeskuksen osastot 2 ja 6 sekä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyömme teemme yhteistyössä Psykiatriakeskuksen päihdepsykiatrian osasto 6:n kanssa.</p> <p>Työmme on kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto koostuu sosiaali- ja terveysalan tietokannoista haetuista tieteellisistä tutkimusartikkeleista, väitöskirjoista sekä kahdesta pro gradu -tutkielmasta, jotka vastasivat asetettuja kriteereitä.</p> <p>Tulokset osoittavat, että psykiatrinen hoitotyö on kehittynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana asiantuntijakeskeisestä dialogisempaan suuntaan. Hoitajat haluavat toimia yhteistoiminnallisesti, mutta heillä ei ole riittävästi valmiuksia siihen. Perhekeskeisessä hoitotyössä on olennaista dialogisuus, potilaan ja hänen verkostonsa aktiivinen osallistuminen hoitotyöhön sekä potilaan ja hoitajan tasavertainen ja vastavuoroinen työskentely. Lisäksi perhetapaamisissa pyritään yhdessä luomaan hyväksyvä ja kunnioittava ilmapiiri.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että yhteistoiminnallisuuden toteutuminen perhetapaamisissa edellyttää, ettei tapaamisten sisältöä suunnitella etukäteen ja että niihin kutsutaan potilaan nimeämät läheiset. Perhetapaamisissa korostuu dialogisuus, jossa keskeistä on toisen kuunteleminen, epävarmuuden sieto sekä eri näkökulmien esiintuominen.</p>		
Avainsanat		
perhekeskeisyys, psykiatrinen hoitotyö, perhetapaaminen		



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Sanna Laatikainen and Saara Moilanen			
Title			
Co-operation in Family Meetings - A Literature Review			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2008	28 + 1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of the literature review was to study how family-oriented nursing was developed during the past ten years in Finland and describe the essential features of family-oriented nursing today. Moreover, the purpose of this final project was to yield information about the leading principles of the family-oriented nursing and how they should be realised in the family meetings.</p> <p>This study is part of a project where psychiatric nursing will be developed into a more co-operative direction. The objective of the project is to increase patient-oriented nursing. Two psychiatric wards at The HUCH Psychiatry Centre and Helsinki Polytechnic are involved in the project. This study was carried out in co-operation with a psychiatric department for substance abuse users of The HUCH Psychiatrycenter.</p> <p>This study was a literature review, and the material consisted of scientific research articles, doctoral assertions and master's theses.</p> <p>The results showed that psychiatric nursing was developed from authority-centered to patient-oriented direction during the past ten years. The nurses wanted to work in the co-operative way, but they did not have readiness for it. In the family-oriented nursing dialogue, patient's social network, equality, activity and reciprocity between the patient and the nurse are important and significant factors today. In the family meetings, the participants aim to create an approving and respectful atmosphere.</p> <p>This may indicate that the family meetings' construction should not be planned beforehand so that they were co-operative. To the meetings will be invited those persons that the patient names. Dialogue, which includes listening to others, tolerating insecurity and bringing different viewpoints, is important in the family meetings.</p>			
Keywords			
family-oriented, psychiatric nursing, family meeting			

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	1
2 PERHETYÖN MUOTOJA PSYKIATRISISSA HOIDOSSA .....	3
2.1 Perhe hoitotyössä .....	3
2.2 Perhekeskeinen hoitotyö .....	4
2.3 Perhetapaaminen .....	5
2.4 Perheterapia .....	6
2.5 Avoimen dialogin hoitomalli .....	8
3 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ .....	9
4 TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	11
5 AINEISTONKERUU .....	11
5.1 Aineiston valintakriteerit .....	11
5.2 Aineiston haku .....	11
5.3 Aineiston valinta ja analyysi .....	13
6 TULOKSET .....	13
6.1 Perhekeskeisen hoidon kehittyminen .....	13
6.2 Perhekeskeisessä hoidossa korostuvat piirteet .....	15
6.2.1 Potilaan osallistuminen .....	15
6.2.2 Työntekijä dialogisuuden edistäjänä .....	16
6.2.3 Dialogisuus .....	19
7 POHDINTA .....	21
7.1 Tulosten tarkastelua .....	21
7.2 Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset .....	24
7.3 Luotettavuus ja eettiset näkökohdat .....	25
7.4 Työskentelyn kuvaus ja arviointi .....	26

## LIITE 1

## 1 JOHDANTO

Suomalaisessa yhteiskunnassa korostuvat tänä päivänä yhä enemmän yksilönvapaus sekä materialistiset ja taloudelliset arvot. Koko ajan kiihtyvän kilpailun myötä myös henkinen pahoinvointi on lisääntynyt ja sen vuoksi puhutaankin perheiden ja perhe-elämän puolesta. Tämän vuoksi myös hoitotyössä on tärkeää tukea perheyhteyttä erityisesti elämän kriisitilanteissa, esimerkiksi perheenjäsenen sairastuessa psyykkisesti, ja kannustaa perheenjäseniä toimimaan yhdessä sairautta ja eristäytymistä vastaan.

Perhekeskeisyyttä pidetään nykyään olennaisena osana hoitotyötä, mutta kuitenkin potilaiden omaiset jäävät helposti sivuun heidän läheisensä hoidossa. Erityisesti psykiatrisen hoitotyön painottuessa avohoitoon omaisten rooli korostuu potilaan tukijana. Perheen mukaan ottaminen hoitoon on tärkeää, koska usein potilaan sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen. Kun perhe osallistuu hoitoon, voidaan paremmin selvittää mahdollisia perheessä olevia riskitekijöitä. Perhe voi myös olla potilaalle voimavarana, ja siltä voidaan saada monipuolisempaa tietoa kuin vain potilaalta. Lisäksi perhe nähdään merkittävänä potilaan terveyttä edistävänä tekijänä. Omaisille läheisen sairastuminen on raskasta ja tiedon tarve on suuri. Perhehoitotyön avulla omaisetkin tulevat kuulluiksi ja saavat apua omien tunteidensa käsittelyyn. (Pitkänen - Åstedt-Kurki - Laijärvi - Pukuri 2002: 224-225.)

Yhteistoiminnallinen hoitotyö on potilaslähtöinen työskentelytapa, jossa keskeistä on kaikkien hoitoon osallistujien välinen tasavertainen vuorovaikutus ja kunnioitus. Vastuu jakautuu tasaisesti työntekijöiden kesken. Myös potilas on vastuullinen osallistuja omassa hoidossaan. Hoidon lähtökohtana ovat potilaan tarpeet sekä voimavarat, joita pyritään tukemaan hoitotyön keinoin. Potilaan sosiaalinen verkosto otetaan mukaan hoitoon. Yhteistoiminnallista hoitotyötä toteutetaan dialogisesti pyrkien osapuolten väliseen luottamukseen, jotta saavutetaan yhdessä asetetut hoidon tavoitteet. (Latvala - Saranto - Pekkala 2005: 24-25; Vuokila-Oikkonen 2002: 26-27, 31.)

Opinnäytetyömme aiheena on yhteistoiminnallisuus perhetapaamisissa. Työmme on osa projektia, jossa kehitetään yhteistoimintamalli psykiatriseen hoitotyöhön ja arvioidaan sen toimivuutta käytännössä. Tavoitteena on hoitotyön kehittäminen potilaslähtöisemmäksi. Projektissa ovat mukana Helsingin terveyskeskuksen Auroran sairaalan osastot

6-1 ja 15-6C, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Psykiatriakeskuksen osastot 2 ja 6 sekä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. (Roivas-Mäkinen - Eriksson - Mattila - Ruotsalainen 2006: 2, 5.)

Tämän työn teemme yhteistyössä Psykiatriakeskuksen päihdepsykiatrian osasto 6 kanssa. Osasto on aikuispsykiatrinen suljettu osasto, jolla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on vakava mielenterveyshäiriö sekä huumeriippuvuus (Päihdepsykiatria 2008). Osaston toimintaan kuuluu tiivis yhteistyö potilaiden perheiden kanssa, minkä vuoksi osastolla halutaan kehittää perhetapaamisia yhteistoiminnallisemmaksi.

Projekti on alkanut keväällä 2006 yhteistoiminnallisen hoitotyön määrittämisellä. Toisessa vaiheessa keväällä 2007 kartoitettiin yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytyksiä ja esteitä. Tässä kolmannessa vaiheessa suunnitellaan ja luodaan sekä otetaan käyttöön yhteistoimintamalli. Syksyllä 2008 projektin viimeisessä vaiheessa arvioidaan mallin toteutumista ja toimivuutta. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 7.)

Teemme opinnäytetyömme noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeita. Kirjallisuuskatsauksessamme haemme vastausta seuraaviin kysymyksiin: miten perhekeskeinen hoito on kehittynyt Suomessa viimeisten kymmenen vuoden aikana ja mitkä piirteet korostuvat perhekeskeisessä hoitotyössä tänä päivänä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa osasto 6:lle perhekeskeisen hoitotyön keskeisistä periaatteista ja niiden toteutumisesta perhetapaamisissa.

## 2 PERHETYÖN MUOTOJA PSYKIATRISSESSA HOIDOSSA

Tässä luvussa esittelemme lyhyesti perhekeskeisen hoitotyön sekä siihen läheisesti liittyviä käsitteitä, joita ovat perhe, perhetapaaminen, perheterapia ja dialogisuus. Rajaamme perhe-käsitteen koskemaan vain hoitotyötä, koska käsitteenä perhe on hyvin laaja ja monitahoinen. Yhteistoiminnallisuuden käsitettä on käsitelty jo projektiin kuuluvassa aiemmassa opinnäytetyössä, minkä vuoksi esittelimme sen vain lyhyesti johdannossa.

### 2.1 Perhe hoitotyössä

Aikaisemmin perheestä puhuttaessa on tarkoitettu perhettä, johon ovat kuuluneet äiti, isä ja yksi tai useampi lapsi. Ydinperheestä puhuttaessa tarkoitetaan yhdessä asuvia vanhempien ja lasten kokonaisuutta. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1999: 16.) Yhteiskunnassa tapahtuneiden muutosten myötä perhe-käsite on muuttunut. Nykyään yksilö voi määritellä itse omilla valinnoillaan perheensä jäsenet, ja lisäksi aikaisemmat perhesuhteet ovat usein korvaantuneet erilaisilla sosiaalisilla verkostoilla. Tämän vuoksi hoitotyössä tulee ottaa huomioon, että potilaan käsitys omasta perheestä voi erota virallisesta perheen määritelmästä. (Marin 1999: 52-54.)

Perhe elää jatkuvassa muutoksessa ja sen keskeinen tehtävä on muun muassa suvun jatkaminen ja lasten kasvatus (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1999: 14-15). Vaihtoehtoiset perhekoostumukset eivät ole päässeet vielä tasavertaiseksi perinteisen perhemallin kanssa, vaikka ihmiset ovat tulleet suvaitsevaisemmiksi vuosien aikana. Perheenjäsenet tuntevat keskenään sellaista vastuuta toisistaan, mitä ei koeta välttämättä muista ihmisistä. Toisesta perheenjäsenestä huolehtimiselle voidaan asettaa korkeat vaatimukset. Lisäksi perheenjäseniä sitoo yhteenkuuluvuuden tunne. Perheellä on vaikutusta siihen mitä elämässä arvostamme. Ihmisten omat tuntemukset perheen merkityksestä ovat nousseet yhä tärkeämmiksi. (Marin 1999: 43-59.)

Marinin (1999: 56) mukaan perheen sisäiset roolit ovat muuttuneet samalla, kun perheen rakenne on muuttunut. Hoitotyössä perhe nähdään potilaan voimavarana, jota tulee hyödyntää. Perheen tuki vaikuttaa potilaan terveydentilaan myönteisesti ja lisää hänen hyvää oloaan. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1999: 14-15.)

## 2.2 Perhekeskeinen hoitotyö

Perhekeskeisessä hoitotyössä potilaan perhe huomioidaan hoidon eri vaiheissa. Käytännössä tämä voi ilmetä eri tavoin. Kun yksilö on potilaana, perhe on hoidon taustalla tukemassa. Myös perhe voi olla hoidon kohteena, jolloin keskitytään perheen jäsenten välisiin vuorovaikutussuhteisiin, ja yksilöt ovat toissijaisia. Tällöin perhe otetaan huomioon kokonaisuutena. (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1999: 16-17; Pitkänen ym. 2002: 225.)

Kun hoidetaan yksittäistä potilasta, hänen perheensä otetaan huomioon hoitosuunnitelmaa tehdessä ja hoitoa arvioitaessa (Hakulinen - Koponen - Paunonen 1999: 33). Perhekeskeisessä hoitotyössä selvitetään perheen elämäntapaa ja vaikutetaan siihen, tuetaan perhettä sekä pyritään perheen hyvinvoinnin kasvamiseen. Näitä selvitettäessä tarkastellaan sekä perheen sisäistä että ulkoista ympäristöä. Hyvä vuorovaikutussuhde kuuluu perhekeskeisyyteen. Edellytyksenä tälle on tasa-arvoinen suhde työntekijän ja potilaan välillä. Tärkeää on myös vuorovaikutussuhteen jatkuvuus ja ammatillisuus. (Viljanen 1999: 292-293.)

Hoitotyössä perhe otetaan mukaan hoitoon ja päätöksentekoon, mikäli se on mahdollista (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1999: 16). Tavoitteena perhekeskeisessä hoitotyössä on potilaan itsenäinen selviytyminen myös perheen näkökulmasta. Perhekeskeistä hoitoa toteuttaessa on tärkeää tuntea potilaan elämänvaiheet ja elämäntilanne, joiden kar-toittamiseksi tehdään kotikäyntejä. Perhekeskeisen hoidon tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista. (Viljanen 1999: 294-295.)

Perheeseen liittyvät käsitteet ovat vaikeaselkoisia hoitotyössä. Perhehoitotyö ja perhekeskeinen hoitotyö –käsitteillä on yhteneväisyyksiä. Käsitteenä perhekeskeinen hoitotyö on vanhempi kuin perhehoitotyö ja nykyään voidaan ajatella kyseessä olevan sama käsite ajallisesti kehittyneenä. Hoitotyössä käsitteitä on käytetty rinnakkain kuvaamaan jotain tiettyä tapahtumaa. Perhekeskeisyyttä voidaan soveltaa laajemminkin kaikkiin ihmillisiin toimintoihin. (Hakulinen ym.1999: 37-38.)



### 2.3 Perhetapaaminen

Perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoon kuuluvat olennaisesti hoitokokoukset, joihin osallistuvat potilaan ja hänen hoidostaan vastaavan työryhmän lisäksi potilaan perhe ja mahdolliset muut läheiset henkilöt. Työntekijät järjestävät kokouksia sekä sairaala- että avohoidossa ja kokousten tiheys vaihtelee potilaan hoidon tarpeen mukaan. Yleensä kokouksia on useampia potilaan hoitoprosessin aikana. Hoidon alussa kokouksia voi olla tiheäänkin jopa päivittäin. (Haarakangas 1997: 14; Haarakangas 2002: 67.)

Yhteistapaamisessa hoitava työryhmä saa tietoa potilaasta ja hänen tilanteestaan sekä kartoittaa perheen terapeuttisia tarpeita. Lisäksi keskeistä on sekä potilaan että hänen perheensä tukeminen hoidollisesti. Kokousten hoidollisuutta korostaa se, että niissä voidaan kartoittaa perheen senhetkisiä vuorovaikutusongelmia ja selvittää niitä. Lisäksi perheelle on helpompaa jatkossa osallistua läheisensä hoitoon, jos hoidon tarvetta ilmenee. Omaisten osallistuminen hoitokokoukseen on myös vähentänyt potilaan leimautumista sairaaksi ja syrjäytymistä sekä psykoottista regressiota. Tämän hoidollisen vaikutuksen vuoksi tapaamisia on alettu kutsua hoitokokouksiksi. (Haarakangas 1997: 14-15; Alanen 1994: 237-238.)

Hoitokokouksissa korostuu myös terapeuttinen vaikutus, jos varsinainen perheterapia ei ole mahdollista potilaan kohdalla. Terapeuttisuus syntyy potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen sekä ammatillisen työryhmän osaamisen ja kokemuksen yhdistyessä. (Haarakangas 1997: 14-15; Seikkula - Alakare 2004: 289-290.)

Hoitokokouksissa keskeistä on jaettu asiantuntijuus, mikä edellyttää kaikkien työntekijöiden oman näkökulman ja omien mielipiteiden tuomista keskusteluun. Tämän tasa-arvoisuuden avulla saadaan käyttöön jokaisen eri ammattiryhmän edustajan asiantuntemus. Moniäänisyys on tärkeää myös kaikkien hoitokokoukseen osallistujien kesken. Työntekijöiden tulee huomioda, että jokainen kokoukseen osallistuva saa äänensä kuuluviin. (Haarakangas 2002: 67, 79.)

Sovittaessa hoitokokousta työntekijän tulee varmistaa, että keskusteluympäristö on potilaalle ja hänen läheisilleen turvallinen, ja että aikaa on riittävästi. Kokemuksen mukaan puolitoista tuntia on ollut sopiva aika tapaamiselle. Hoitokokouksissa päätetään kaikista potilaan hoitoon liittyvistä asioista yhdessä keskustellen. Erityisesti sairaala- ja lääkeshoidon aloittaminen ja lopettaminen ovat tärkeitä yhdessä keskusteltavia asioita. Avoin dialogin mallin mukaan ensimmäisessä hoitokokouksessa käsitellään sitä huolta, jonka vuoksi hoitoon on tultu. (Haarakangas 2002: 80-81; Seikkula - Alakare 2004: 289-290.)

Keskustelu hoitokokouksessa johtaa tiedon lisääntymiseen ja yhteiseen ymmärrykseen potilaan tilanteesta. Dialogisesti etenevä keskustelu antaa osallistujille aikaa kuunnella toisiaan, pohtia kuulemaansa reflektiivisesti ja ymmärtää toistensa näkökulmat asiaan. (Haarakangas 2002: 80-81.)

Spelman (2007) kartoitti opinnäytetyössään hoitohenkilökunnan näkemyksiä perhetapaamisten merkityksestä HYKS Psykiatriakeskuksen päihdepsykiatrian osastolla. Tulosten mukaan perhetapaamisissa kerätään tietoa perheeltä ja havainnoimalla perheen sisäistä vuorovaikusta. Perheelle annetaan tiedollista ja emotionaalista tukea. Perhetapaamisissa käsitellään myös potilaan hoitoprosessia ja tapaamiset saattavat olla lääkärijohtoisia, jolloin hoitajan rooli voi olla passiivinen.

## 2.4 Perheterapia

Perheterapia on menetelmä, jolla tutkitaan ja hoidetaan perheessä ilmeneviä häiriöitä ja niiden seurauksia. Keskeistä on ymmärtää perheen sisäistä vuorovaikutusta ja olla syylättämättä perheenjäseniä. Terapiaistunnoissa ryhmän kokoonpanot voivat vaihdella hoitoprosessin aikana (Aaltonen 2007: 784.) Perheterapiaan osallistuu kaksi tai useampi perheenjäsen säännöllisesti, ja terapiassa asetetaan osallistujien kesken tavoitteet, jotka voivat myös muuttua hoidon aikana. Terapian kestosta sovitaan terapiaan osallistuneiden kesken. (Koskisuu - Kulola 2005: 195; Haarakangas 2001: 33.)

Perheterapiassa on erilaisia työskentelymuotoja ja siinä voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä. Perheterapia voidaan jakaa koko perheen terapiaan, pariterapiaan ja sovittuihin tilanteisiin, esimerkiksi hoitokokouksiin. (Koskisuu - Kulola 2005: 195.) Aaltosen

(2007: 789) mukaan akuuttivaiheessa terapeutti voi tavata perhettä tiheämmin ja tilanteen rauhoituttua käyntien määrä voidaan sopeuttaa perheen terapiaistuntojen tarpeeseen.

Tavoitteena perheterapiassa on perheen ongelmien lievittäminen, perheen positiivisten voimavarojen esille saaminen sekä muutoksen tuottaminen perheessä (Koskisuus - Kulola 2005: 195). Perheterapia ja perhekeskeinen psykiatrinen hoito eivät eroa jyrkästi toisistaan. Perheterapiaa käytetään mielenterveyshäiriöiden ja vuorovaikutusongelmien hoidossa sekä tukihoitona toisten psykoterapiamuotojen kanssa. Perheterapiassa tarkastellaan perhettä kokonaisuutena sekä yksittäisiä perheenjäseniä. Osallistuminen perheterapiaan on aina vapaaehtoista. (Aaltonen 2007: 785-788.)

Terapeutti suhteuttaa oman puheensa osallistujien puheeseen, jotta hänen käyttämänsä kieli ei olisi osallistujille liian vierasta. Terapeutti kunnioittaa osallistujien tapaa puhua asioista ja poimii puheesta sanoja, joita käyttää osallistujille puhuttaessa. Samalla terapeutti tuo keskusteluun ammatillista näkökulmaa ja jättää omat tulkintansa tilanteesta huomioimatta. (Haarakangas 2001: 43-44.)

Terapeutin tehtävänä on synnyttää osapuolten välillä vuoropuhelua, jolla voidaan saada asioille uusia merkityksiä. Terapeutin tulee huomioida, että kaikki terapiaan osallistuvat saavat kertoa huolensa. Tämän jälkeen osanottajat voivat ajatella asiaa toisella tapaa sekä kuunnella toistensa ajatuksia. Tänä päivänä perheterapian keskeinen tavoite on dialogisuus. (Haarakangas 2001: 33, 39-41.)

Dialogisuudella hoitotyössä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta hoitosuhteessa (Haarakangas 2002: 73-74). Dialogisuuden tavoitteena on yhteisen ymmärryksen rakentuminen ja vastavuoroisuus, jolloin jokainen osallistuu keskustelun kulkuun ja rakenteeseen. Vuorovaikutustilanteen osanottajat kyseenalaistavat, arvioivat ja voivat muotoilla kuulemaansa toisin. Keskustelun edetessä osapuolet arvioivat suhdettaan toisiinsa osallistujiin ja muuttavat itseään. (Mönkkönen 2007: 86-92.)

Mönkkösen (2007: 86-92) mukaan dialogisuutta voidaan ajatella kommunikaationa ja suhteena, koska siihen osallistujat oppivat ja heidän asenteensa ja mielipiteensä voivat muuttua. Vuorovaikutustilanteen jokaisen osapuolen tulee sitoutua luomaan avointa

vuoropuhelua, jotta dialogisuus toteutuisi. Edellytyksenä dialogisuuden syntymiselle on luottamuksellinen ilmapiiri. Keskeistä dialogisessa vuorovaikutuksessa on toisen osapuolen kuunteleminen sekä omalla olemuksella ja puheella viestitetty toisen osallistujan kiinnostavuus ja hyväksyntä (Haarakangas 2001: 41-43).

## 2.5 Avoimen dialogin hoitomalli

Avoimen dialogin hoitomalli kehitettiin erityisesti psykoosin ja skitsofrenian hoitoon Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella 1980-luvulta lähtien. Mallia voitiin soveltaa myös muihin psykiatrisiin kriisitilanteisiin. Keskeistä avoimen dialogin hoitomallissa oli välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Lisäksi olennaista oli joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. (Seikkula – Alakare 2004: 291.)

Välitön apu toteutettiin järjestämällä ensimmäisen vuorokauden aikana hoitokokous, jossa keskusteluun osallistuivat kaikki osapuolet. Potilaan sosiaalinen verkosto tuli ottaa huomioon hoidossa. Sosiaalisella verkostolla tarkoitettiin ennen kaikkea potilaan tämänhetkisiä keskeisiä ihmissuhteita, joihin voi kuulua perheen lisäksi esimerkiksi ystävät, naapurit ja työkaverit. Ihmissuhteet olivat potilaalle tärkeä voimavara hoidossa, mikä usein paransi myös sairauden ennustetta, koska kriisitilanteessa perheen sosiaalinen verkosto helposti kaventui. (Seikkula - Alakare 2004: 291-292.)

Potilaan hoito tuli suunnitella yksilöllisesti ottamalla huomioon potilaan ja hänen perheensä yksilölliset tarpeet. Hoitoa suunniteltaessa valittiin potilaalle sopivimmat lähestymis- ja keskustelutavat sekä soveltuvimmat terapeutit. Myös hoitoaika ja lääkitys määräytyivät yksilöllisesti. (Seikkula – Alakare 2004: 292.)

Potilaan hoidon aloittamisesta oli vastuussa se työntekijä, joka oli vastaanottanut potilaan tai häntä koskevan puhelun. Työntekijä järjesti ensimmäisen tapaamisen, jossa työryhmä otti vastuun hoidon suunnittelusta ja päätöksenteosta. Potilas ja hänen perheensä osallistuivat keskusteluun ja päätöksentekoon. Dialoginen ja avoin keskustelu eri näkökulmista auttoi potilasta ja hänen perhettänsä entistä parempaan elämänhallintaan. Kes-

kustelussa kunnioitettiin kaikkien mielipiteitä, mutta viime kädessä vastuu ja päätösvalta olivat lääkärillä. (Seikkula – Alakare 2004: 292-293.)

Nopeasti koottu työryhmä, johon kuului jäseniä sekä sairaalasta että avohoidosta, turvasi hoidon psykologisen jatkuvuuden. Koska kriisin kesto ei voitu etukäteen arvioida, kokeneiden työntekijöiden ammattitaidolla oli suuri merkitys hoidon lopettamisen ja jatkohoidon tarpeen arvioinnissa. (Seikkula – Alakare 2004: 293.)

Potilaalle ja hänen perheelleen pyrittiin luomaan turvallinen keskustelu ympäristö usein toistuvilla tapaamisilla. Tapaamisten tavoitteena oli vahvistaa potilaan voimavaroja kuuntelemalla ja kannustamalla häntä puhumaan vaikeista elämäkokemuksistaan. Hyvässä hoitosuhteessa pyrittiin kulkemaan potilaan rinnalla keskittyen koko hoitoprosessiin yksittäisten oireiden sijaan. Tilanteen mukaan tuli valita ne hoitomenetelmät, jotka lisäisivät potilaan turvallisuuden tunnetta kuitenkin vähentämättä potilaan omien voimavarojen käyttöä. (Seikkula – Alakare 2004: 293.)

Dialogisuuden aikaansaaminen eri ihmisten välille oli hoidon ensimmäinen tavoite. Ongelmasta saatiin uusi ymmärrys dialogin avulla, mikä edellytti työntekijöiden ammattitaitoa. Dialogiseen työskentelyyn ei kuulunut työntekijän tulkinta tilanteesta vaan enemmän painottui kuunteleminen ja perheen kielen seuraaminen. Dialogiseen keskusteluun kuului eri näkökulmien esiintuominen, jolloin hoito monipuolistui. (Seikkula - Alakare 2004: 294.)

### 3 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tutkimuskysymysten perusteella kootaan tietoa jo olemassa olevista tutkimuksista. Tavoitteena on kerätä kattavasti alkuperäistutkimuksia, jotta kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ei kärsi tiedon valikoitumisen takia. Tutkimustietoa arvioidaan kriittisesti ja pyritään jäsentämään loogisesti, jolloin päästään luotettavaan lopputulokseen. Jotta voidaan toteuttaa systemaattinen kirjallisuuskatsaus, täytyy tuntea sen teoreettiset perusteet. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39, 44; Metsämuuronen 2006: 31.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee prosessinomaisesti vaiheesta toiseen. Ensimmäisessä vaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma, jonka mukaisesti tutkimus etenee. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, -menetelmät, alkuperäistutkimusten hakusuunnitelma sekä sisäänotto- ja laatukriteerit näille tutkimuksille. Tutkimuskysymykset muodostuvat siitä, mihin kirjallisuuskatsauksella haetaan vastausta. Kysymyksiä voi olla yksi tai useampia. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39-40.)

Seuraavaksi haetaan alkuperäistutkimukset tutkimuskysymysten pohjalta. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakuja tehdään sekä sähköisesti että manuaalisesti niistä tietolähteistä, joista oletetaan saatavan keskeinen tieto tutkimuskysymysten kannalta. Alkuperäistutkimusten haussa tulee pyrkiä välttämään kieli- ja julkaisuharhaa. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 40.)

Alkuperäistutkimukset valitaan ennalta määritettyjen kriteerien mukaisesti ensin otsikon, ja tarvittaessa tiivistelmän tai koko tutkimuksen perusteella, ja niiden laatua arvioidaan tutkimussuunnitelmaan kirjattujen vaatimusten mukaan. Nämä vaatimukset tarkentuvat vielä ennen lopullista alkuperäisaineiston valintaa. Alkuperäistutkimusten laatua tarkasteltaessa kiinnitetään huomio tutkimusmenetelmien laatuun sekä tutkimuksen sovellettavuuteen ja käyttöön. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 41-42.)

Lopuksi analysoidaan valittu alkuperäisaineisto ja esitetään kirjallisuuskatsauksen tulokset. Tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin selkeästi ja luotettavasti. Tutkimuskysymyksistä ja alkuperäistutkimusten luonteesta, lukumäärästä, laadusta ja heterogeenisyydestä riippuu mitä analyysitapaa käytetään. Alkuperäistutkimusten kuvailevassa synteesissä kuvataan aineiston tulokset sekä selkeät yhtäläisyydet ja erot. Jos tulokset esitetään kvantitatiivisesti, arvioidaan usein vaikutuksia sekä käytetään meta-analyysia ja taulukointia. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 43.)

Kirjallisuuskatsauksemme noudattaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeistusta. Työmme ei kuitenkaan täytä systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle asetettuja tieteellisyiden vaatimuksia.

## 4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kirjallisuuskatsauksessamme haemme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten perhekeskeinen hoito on kehittynyt Suomessa viimeisten kymmenen vuoden aikana?
2. Mitkä piirteet korostuvat perhekeskeisessä hoitotyössä tänä päivänä?

## 5 AINEISTONKERUU

Teimme aineistonkeruun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti. Ensin määritimme hakusanat ja tietolähteet, joista oletimme olennaisen tiedon löytyvän. Seuraavaksi asetimme alkuperäisaineiston valintakriteerit, joiden mukaisesti valikoitui lopullinen aineisto kirjallisuuskatsauksemme.

### 5.1 Aineiston valintakriteerit

Alkuperäisaineiston tuli olla

- ensisijaisesti psykiatrisen hoitotyön tutkijoiden kirjoittamia tieteellisiä tutkimus-artikkeleita
- suomalaista perhekeskeistä hoitotyötä koskevia
- viimeisten 20 vuoden ajalta

Perhekeskeisen hoitotyön tutkimusta on tehty suhteellisen vähän, joten päätimme, että jos aiheeseen suoraan liittyviä artikkeleita ei löydy tarpeeksi, otamme työhöemme myös alkuperäistutkimuksia sekä pro gradu -tutkielmia.

### 5.2 Aineiston haku

Valintakriteerien määrittämisen jälkeen teimme hakuja sekä sosiaali- ja terveysalan että muista sähköisistä tietokannoista. Lisäksi teimme manuaalisia hakuja Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö –lehtien vuosikerroista.

Medic-tietokannasta haimme aineistoa katkaistuilla hakusanoilla *perhe\**, *yhteistoim\** ja *dialog\** yhdistettynä sanoihin *psykiat\** ja *mielenterv\**. Tuloksena saimme yhteensä 41 viitettä, joista noin puolet hylkäsimme suoraan julkaisuvuoden perusteella. Lopuista luimme otsikot ja karsimme pois ne, jotka selkeästi eivät liittyneet työhömmme. Jäljelle jääneistä artikkeleista luimme tiivistelmät ja valitsimme työhömmme 3 artikkelia. Seuraavaksi haimme manuaalisesti artikkeleita *Hoitotiede* ja *Tutkiva Hoitotyö* -lehdistä vuosikerroista 1995-2007, joista työhömmme valikoitui 3 artikkelia.

Hakujen ja kirjallisuuden perusteella kartoitimme yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyön keskeisiä tutkijoita, joiden nimillä (Haarakangas, Mönkkönen, Seikkula, Vuokila-Oikkonen, Aaltonen ja Väливаara) teimme hakuja Linda-, Arto- ja Ovid -tietokannoista. Työhömmme valikoimme viisi aineistoa. Emme hakeneet Ovidista englanninkielisillä hakusanoilla, koska opinnäytetyömmme tarkoituksena on kartoittaa suomalaista psykiatrista hoitotyötä. Hakujen tulokset esitämmme taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Alkuperäisaineiston hakutulokset.

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Valitut artikkelit
Medic	<i>perhe*</i> , <i>yhteistoim*</i> , <i>dialog*</i> + <i>psykiat*</i> , <i>mielenterv*</i>	41	4
Ovid	Haarakangas, Kauko Mönkkönen, Kaarina Seikkula, Jaakko Vuokila-Oikkonen, Päivi Aaltonen, Jukka Väливаara, Pirjo	0 0 3 8 28 0	0 0 0 1 1 0
Linda	Haarakangas, Kauko Mönkkönen, Kaarina Seikkula, Jaakko Vuokila-Oikkonen, Päivi Aaltonen, Jukka Väливаara, Pirjo	4 7 11 3 21 1	1 0 0 0 0 1
Arto	Haarakangas, Kauko Mönkkönen, Kaarina Seikkula, Jaakko Vuokila-Oikkonen,	4 6 18 2	0 1 0 0



	Päivi Aaltonen, Jukka Väliavaara, Pirjo	43 1	0 0
--	---	---------	--------

### 5.3 Aineiston valinta ja analyysi

Valitsimme artikkelit ensin otsikon perusteella ja jos otsikosta ei vielä selvinnyt riittävästi, luimme tiivistelmän. Seuraavaksi silmäilimme artikkelit läpi ja valitsimme etukäteen asettamiimme kriteerejä vastaavat artikkelit ja tutkimukset työhömmme. Koska tutkimusartikkeleita ei löytynyt riittävästi, otimme mukaan myös alkuperäistutkimuksia ja tutkielmia sekä muita sosiaali- ja terveysalan ammattilehdissä julkaistuja artikkeleita, joita hakusanoillamme löytyi. Valitsimme tutkimusartikkelit (6 kpl), alkuperäistutkimukset (2 kpl), tutkielmat (2 kpl) sekä muut artikkelit (1 kpl) esitämme taulukkomuodossa työmme liitteenä (liite 1). Analysoimme aineiston kysymällä siltä tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä.

## 6 TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme tutkimuskysymysten pohjalta kootun aineiston keskeiset tulokset. Kirjallisuuskatsauksemme tavoitteena oli löytää vastauksia kysymyksiin miten perhekeskeinen hoito on kehittynyt Suomessa viimeisten kymmenen vuoden aikana ja mitkä piirteet korostuvat perhekeskeisessä hoitotyössä tänä päivänä. Analysoimme alkuperäisaineiston tulokset kuvaamaan psykiatrisen perhehoitotyön kehitystä asiantuntijalähtöisestä dialogiseen hoitotyöhön sekä hoitotyön keskeisiä piirteitä. Tuloksia tarkastelemme erikseen vielä pohdinnassa.

### 6.1 Perhekeskeisen hoidon kehittyminen

Laitisen ja Uusi-Ilkaisen (1992: 83-88) tutkielmassa kuvattiin psykiatrisen hoito-opin opettajien näkemystä perhekeskeisyydestä. Perhekeskeisyys koettiin tärkeäksi psykiatriassa hoitotyössä, mutta opettajat kokivat perhekeskeisyyden tietoperustan olevan osittain puutteellista sekä käsitteiden käytön olevan epäyhtenäistä. Opettamiseen saatiin

tukea hoitotieteen malleista, mutta niiden soveltaminen oli vaikeaa. Opettajat kokivat hoitotyön olevan perhekeskeistä, mutta perheen voisi huomioida vielä paremmin.

Tutkimuksessaan Latvala (1999: 186-188) erotteli kolme mallia, joiden mukaisesti työntekijät toimivat psykiatrisessa hoitotyössä. Yksi näistä oli yhteistoiminnallinen hoitotyö, joka varmisti potilaslähtöisyyden ja potilaan vastuullisen osallistumisen hoitoonsa. Toinen oli kasvattava hoitotyö, jossa hoitaja toimii ideaalimallin mukaisesti. Potilaan rooli oli vastuullinen vastaanottaja. Varmistavassa hoitotyössä potilas jäi passiiviseen rooliin hoitajan tukeutuessa auktoriteettiin. Puolet hoitajista toimi varmistavan hoitotyön mallin mukaan.

Latvalan, Sarannon ja Pekkalan (2005: 27-28) kehittämishankkeen alussa hoitajat ymmärsivät yhteistoiminnallisen työskentelytavan tärkeyden ja hankkeen edetessä työskentely yhteistoiminnallisesti tuli hoitajille tutuksi. Hoitajat halusivat toimia potilaslähtöisesti, mutta noin 70 % työskenteli edelleen käytännössä asiantuntijalähtöisesti. Hoitajan tuli olla valmis oman työtapansa, persoonallisuutensa ja ammattitaitonsa arviointiin sekä dialogiseen työskentelyyn potilaan kanssa, jotta työskentely olisi ollut yhteistoiminnallista. 91 % vastaajista ei ollut valmis vertaisarviointiin ja 29 % oli valmis saamaan palautetta työstään. Lisäksi 69 % hoitajista ei kokenut olevansa valmis ottamaan potilaan voimavaroja hoidon lähtökohdaksi. Yhteistyöhön potilaan perheen kanssa hoitajista 36 % koki olevansa valmis. Potilaat halusivat osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon enemmän, mutta käytännössä olivat usein passiivisia osallistujia. Silti potilaat tunsivat, että he olivat tulleet kuulluiksi.

Haarakankaan (2001: 33, 41-43) mukaan perheterapiassa tavoitteena oli dialogi, jossa terapeutti ja asiakkaat olivat tasavertaisia osapuolia, kun aikaisemmin terapiassa korostuivat menetelmät. Terapeutti ei ollut enää ulkopuolinen asiantuntija, vaan osallistuva havainnoija. Seikkulan (1991: 224) mukaan potilaan sosiaalisen verkoston eri ryhmät sekä potilaan sisäiset kokemukset muodostavat eri kielialueita, joita hoitavan työryhmän tulisi tarkastella. Tavoitteena on luoda dialogia ja valita tilanteeseen sopiva lähestymistapa.

## 6.2 Perhekeskeisessä hoidossa korostuvat piirteet

Seuraavassa kuvaamme osatekijöitä, jotka liittyvät yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön. Yhteistoiminnallisuuden toteutumiseen vaikuttavat olennaisesti työskentelymuodot, potilaan ja työntekijän roolit, keskustelun ilmapiiri sekä viestiminen ja vuorovaikutus.

### 6.2.1 Potilaan osallistuminen

Pitkänen ym. (2002: 228) tarkastelivat hoitajien kuvauksia psykiatrisesta perhehoitotyöstä. Hoitajien mukaan perhehoitotyön menetelmät sisälsivät suunnitellut yhteistapaamiset, joihin kuuluivat neuvottelut perheen kanssa, kotikäynnit ja verkostopalaverit, satunnaiset yhteistapaamiset sekä perheterapia. Seikkulan (1991: 223) mukaan potilaan sosiaalisella verkostolla havaittiin olevan yhteys hoidon kulkuun. Pitkäaikaipotilailla oli pieni sosiaalinen verkosto, ja vuorovaikutus oli vähäistä, mikä lisäsi potilaiden sairalahoitajaksoja.

Aaltonen ja Piippo (2004: 876, 880-881) tutkivat verkostotapaamisia, jotka yhdistivät mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen työntekijät potilaan ja tämän läheisten kanssa samaan keskusteluun. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat verkostotapaamiset yhdistävänä tekijänä elämänsä eri osa-alueiden välillä, jolloin heidän ei tarvinnut enää hakea apua useasta eri paikasta. Lisäksi keskustelu eri ammattilaisten ja omaisten kanssa auttoi potilaita näkemään elämäntilanteensa laajemmasta perspektiivistä sekä osallistumaan hoitoonsa subjektina yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Potilaiden omaiset kokivat saavansa tietoa läheistensä hoidosta verkoston tapaamisissa, jolloin he ymmärsivät potilaan tilannetta paremmin.

Potilaiden mukaan luottamus oli vastavuoroista heidän ja työntekijöiden välillä verkostotapaamisissa. Potilaat kokivat luottamuksen vahvistavan heidän itsenäisyyttään, mikä lisäsi heidän voimavarojaan sekä kykyään selviytyä vaikeissa tilanteissa. Lisäksi potilaat tunsivat, että työntekijät olivat rehellisiä. Potilaat kokivat, että he voivat vaatia vastauksia hoitoaan koskeviin kysymyksiin, ja että työntekijät myös kykenivät kertomaan rehellisesti oman mielipiteensä hoidosta. (Aaltonen - Piippo 2004: 882.)

Toisaalta potilaat epäilivät perhe- ja verkostokeskeisen työn mallin pysyvyyttä sekä miettivät rasittaako tämä liikaa omaisia, kun he joutuvat kuuntelemaan potilaiden ongelmia. Potilaat myös kokivat ammattilaisten alkaneen luottaa vain malliin potilaiden omien voimavarojen sijaan, mikä heikensi heidän itsenäisyyttään. Lisäksi potilaat miettivät oliko malli riittävän konkreettinen yhdistettynä heidän arkipäiväiseen elämäänsä. (Aaltonen - Piippo 2004: 880-882.)

Haarakankaan (2001: 43-44) mukaan potilas jakoi terapeutin kanssa omia ajatuksiaan. Edellytyksenä potilaan ja hänen perheensä aktiiviseen osallistumiseen neuvottelussa oli, että osallistujat yhdessä onnistuivat rajaamaan keskustelun kohteen ja puhuivat samasta asiasta sekä loivat keskenään katsekontaktin (Vuokila-Oikkonen 2002: 54-57, 62).

Latvalan ym. (2005: 28) mukaan potilaat halusivat osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, mutta käytännössä olivat usein passiivisia osallistujia. Silti potilaat tunsivat, että he olivat tulleet kuulluiksi. Suurin osa potilaista kuvasi toimintatapaansa vastuulliseksi osallistujaksi omassa hoidossaan, mutta vain 40 % potilaista koki olevansa valmis oman hoitonsa suunnitteluun ja siihen kuuluvaan päätöksentekoon. 80 % potilaista koki olevansa valmis olemaan hoidossaan todellinen vaikuttaja ja aktiivinen osallistuja. 92 % potilaista oli valmis jakamaan omia näkemyksiään asiantuntijoiden kanssa. 72 %:lla potilaista puolestaan ei ollut kiinnostusta omista mahdollisuuksistaan selviytyä sairaudestaan.

### 6.2.2 Työntekijä dialogisuuden edistäjänä

Perheterapiassa keskustelun alkaessa työntekijä kunnioitti perheen omaa tapaa puhua asioistaan. Terapeutin tuli huomioda, että kaikki osapuolet tulivat kuulluiksi. Dialogisuus edellytti, että terapeutti kiinnostui potilaasta ja hänen ajatuksistaan ja halusi kuunnella potilasta. Dialogisessa vuorovaikutuksessa toisen hyväksyminen ilmaistiin omalla olemuksella ja puheella. Terapeutin tuli olla tarkkana, ettei sekoita omia ajatuksiaan ja tulkintojaan potilaan tilanteesta tämän omaan näkemykseen. (Haarakangas 2001: 33, 41-44.)

Vuokila-Oikkosen (2002: 54-57, 62) mukaan yhteistoiminnallisuutta neuvotteluissa edisti asiantuntijoiden perustellut avoimet kysymykset, jotka auttoivat potilaan oman

kertomuksen esiintuomista. Yhteistoiminnallisuus edellytti myös asiantuntijan mahdollisen tulkinnan varmistamista potilaalta tai hänen perheeltään.

Vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö ei sulkenut pois hallitsevaa käytäntöä, koska vaihtoehtoiset käytännöt olivat usein keskustelun välissä esiintyviä piirteitä. Työntekijän tavoitteena oli ymmärtää potilaan tuntemuksia ja olla kiinnostunut hänen kokemuksistaan sivuuttamalla välillä kyselyn. Tämä johti työntekijän ja potilaan väliseen dialogisuuteen. Potilaan omaan asiantuntijuuteen elämänsä suhteen luotettiin ja huomioitiin potilaan omat voimavarat. Hoidon tavoitteita pohdittiin yhdessä potilaan kanssa ja työntekijä nähtiin neuvottelussa tasavertaisena keskustelijana asiantuntijan sijaan. Keskustelun avulla potilas saattoi löytää asiaan uuden näkökulman ja potilas toimi aktiivisessa roolissa. (Väliavaara 2003: 55-62.)

Haarakankaan (1997: 104-108) mukaan hoitoprosessin aikana työryhmä voi ohjata keskustelun aiheisiin, joista perhe ei vielä ollut kyennyt puhumaan, jolloin syntyi mahdollisuus terapeuttiliseen muutokseen perheen merkityssysteemissä. Työryhmän jäsenten reflektointi muodosti perheelle viitekehyksen, johon he voivat suhteuttaa omia kokemuksiaan, millä oli terapeuttilinen ja kokemuksia normalisoiva vaikutus.

Neuvontakeskusteluissa hoitajat käyttivät erilaisia puhekäytäntöjä vahvistaakseen vuorovaikutusta potilaan kanssa. Keskustelun aloittaminen kutsumalla potilas osallistumaan mahdollisti potilaalle kysymysten esittämisen ja aktiivisen roolin. Potilaalle tarjottiin tilaisuus kokemusten ja tunteiden esiintuomiseen tuntemuskysymysten avulla. Arkipuhuttelulla hoitaja voi laukaista potilaan jännitystä hoitoon liittyvistä asioista puhuttaessa. (Kettunen - Poskiparta - Karhila 2002: 217-220.)

Hoitajan käyttäessä tunnustelevaa puhetta potilas sai mahdollisuuden hallita keskustelun sisältöä. Potilas voi kokea tulleen ymmärretyksi, kun hoitaja käytti tunnustelevaa puhetta ja salli potilaan tunteiden esiintuomisen. Tämän potilas voi tuntea vahvistavana kokemuksena. Hoitajat rohkaisivat potilasta jatkamaan puhettaan kuuntelemista osoittavan nonverbaalisen palautteen ja heijastavan puheen avulla. Hoitoon liittyvien vaihtoehtojen esittely tasavertaisina mahdollisuuksina sekä hoitajan neutraalisuus kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta. (Kettunen ym. 2002: 217-220.)

Yhteistoiminnallisuus ei toteutunut keskusteluissa, joiden alussa yhteistä kohdetta ei rajattu. Asiantuntijalähtöiset suljetut kysymykset sekä potilaalle ja hänen perheelleen vieraiden käsitteiden käyttö johtivat potilaan ja hänen läheistensä passiivisuuteen keskusteluissa. Asiantuntijan kertomuksen nouseminen muiden osallistujien yläpuolelle sekä asiantuntijan kontrolloiva ja eeleen kertominen eivät tukeneet yhteistoiminnallisuutta keskusteluissa. (Vuokila-Oikkonen 2002: 55-57, 63.)

Potilaan vastaanottotilanteen alussa hallitseva osa oli potilaan tulossyn kartoitusta, jolloin keskityttiin puhumaan potilaan oireista. Työntekijä hallitsi keskustelun sisältöä. Työntekijä ei välttämättä tiedostanut valikoivansa aiheita keskustelun aikana. Potilas ei kuitenkaan ollut vain passiivinen vaan aktiivinen osallistuja. Tulossyn kartoituksessa kerättiin tietoa potilaalta, mutta potilaan puhuessa tunteistaan ja kokemuksistaan hoitaja vaihtoi puheenaihetta. Työntekijä saattoi tehdä potilaasta omia tulkintojaan varmistamatta potilaalta tulkintojen oikeellisuutta. (Väliavaara 2003: 30-40.)

Elämäntilannekeskustelussa tiedon kerääminen on suuremmassa roolissa kuin tulossyn kartoituksessa. Keskustelua työntekijän ja potilaan välillä ei synny vaan tilanne on enemmän asioiden kyselemistä potilaalta. Myös tässä käytännössä potilaan kuvailemat tunteet sivuutettiin. Tietoa kerätessä haettiin faktojen lisäksi merkkejä potilaan voimien muutoksista. (Väliavaara 2003: 44-46.)

Ratkaisukeskustelussa kerrottiin vain ratkaisuvaihtoehdot potilaan hoitoon liittyen eivätkä osallistajat pohtineet yhteistä hoidon tavoitetta. Työntekijä oli asiantuntija, joka päätti potilaan hoidosta ja hallitsi keskustelun etenemistä. Tyypillistä oli, ettei hoidosta neuvoteltu vaan todettiin ainoastaan sen tarpeellisuus ja ulkoiset puitteet. Työntekijä ei myöskään perustellut potilaalle ratkaisuaan hoidon aloituksesta eikä keskustellut hoidon sisällöstä. (Väliavaara 2003: 47-54.)

Sosiaalisen vaikuttamisen tasolla keskusteluun osallistujien välillä oli vuorovaikutusta, mutta toinen osapuoli voi selkeästi hallita tilannetta. Dialogisuudella ja aidolla kohtaamisella pyrittiin vaikuttamaan vallan tasaisempaan jakautumiseen keskustelussa. Sosiaalinen vaikuttaminen voitiin jakaa asiantuntija- ja asiakaskeskeiseen näkökulmaan. Asiantuntijanäkökulmassa työntekijän toimintaa ohjasivat rutiinit ja opitut teoriat sekä omat tulkinnat asiakkaan tilanteesta. Lisäksi työskentelystä puuttui luovuus ja herkkyyys

toisen näkemyksille, jolloin asiakas turhautui. Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus oli yksisuuntaista ja keskustelun kohteena olivat asiakkaan tarpeet. Yhteistoiminnallisuus voi jäädä toteutumatta vaikka suhde olisikin ollut hyvä, sillä ilman vastavuoroisuutta ja toisen erilaisuutta ei syntynyt uutta yhteistä ymmärrystä tilanteeseen. (Mönkkönen 2001: 435-439.)

Seuraavalla tasolla vuorovaikutuksella ei pyritty yhdessä tiettyyn päämäärään vaikka osallistujilla voi olla jokin sama intressi. Osallistujat ajoivat omia tai oman ryhmän etua, toisen edusta ei oltu kiinnostuneita. Tämä johti kilpailutilanteeseen, jossa vuorovaikutus voi olla myös yksipuolista toisen osapuolen uskoessa suhteen luottamuksellisuuteen ja toisen suuntautuessa omiin päämääriinsä. (Mönkkönen 2001: 439-440.)

### 6.2.3 Dialogisuus

Haarakankaan (2001: 33, 41-44) mukaan keskeistä dialogisuudessa oli toisen hyväksyminen ja kuunteleminen sekä toisen kanssa jakaminen. Keskustelun alkaessa kunnioitettiin perheen omaa tapaa puhua asioistaan. Dialogisessa vuorovaikutuksessa toisen hyväksyminen ilmaistiin omalla olemuksella ja puheella.

Perhehoitotyön toimintaa ohjaaviin periaatteisiin kuului perheen huomioiminen yhteistyösuhteessa sekä osastokulttuurin luominen perhekeskeiseksi, jolloin perhe koki itsensä arvokkaana osana hoitotyötä. (Pitkänen ym. 2002: 227-229.)

Aaltosen ja Piipon (2004: 880) mukaan potilaat, työntekijät sekä mielenterveys- että sosiaalipalveluista ja potilaan sosiaalinen verkosto muodostivat kokoontuessaan uudenlaisen ilmapiirin, jossa potilaat tunsivat voivansa puhua vapaasti omista tärkeistä asioistaan. Aiemmin potilaat olivat kokeneet yksittäisten työntekijöiden tapaamisen palvelevan lähinnä työntekijöiden tarpeita. Vuokila-Oikkonen (2002: 51-53, 63) kuvasi tutkimuksessaan psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvia kertomuksia. Näiden neuvottelujen ilmapiiri ei suosinut potilaan oman kertomuksen esiintulemistä.

Haarakangas (1997: 104-108) tarkasteli tutkimuksessaan hoitokokouskeskusteluja dialogisina prosesseina. Dialogisuuden toteutumiseksi hoitokokouksessa osallistujien tuli käyttää samanlaista kielellistä ilmaisua. Tämän seurauksena keskustelussa toteutui polyfonisuus, ja työryhmä kytkeytyi perheen kanssa kielellisesti yhteiseen keskusteluun. Osallistujien tuli olla avoimia kokouksessa syntyville uusille merkityksenannoille ja kaikkien osallistujien äänten tuli kuulua tasavertaisina.

Dialogisen vuorovaikutuksen aikana osallistujien yksilöllinen ja jaettu tietoisuus kehittyy ja muotoutuu mahdollistaen osallistujien myönteisen kasvun ja kehityksen. Dialogissa vuorovaikutuksessa korostuvat sekä sanallinen että ei-sanallinen vuorovaikutus. (Janhonen 1999: 334, 338.)

Mönkkönen (2001: 432-435) tarkasteli tutkimuksessaan päihdekuntoutujien ja hoito-henkilökunnan välisiä asiakassuhteita kuvaavia tarinoita sosiaalisen vuorovaikutuksen eri tasojen avulla. Tilanteessa olon tasolla henkilöt olivat samassa tilassa vuorovaikutuksessa, mutta he eivät pyrkineet kontaktiin toistensa kanssa. Vuorovaikutus voi jäädä pinnalliseksi, jos henkilöt ajattelivat jo alussa, että suhteesta ei tule mitään. Tutkimuksessa ei juuri esiintynyt tätä tasoa.

Yhteistyötasolla osallistujilla oli yhteinen päämäärä, jonka saavuttamiseksi tarvittiin yhteinen työnjako ja ymmärrys asioiden etenemisestä. Vuorovaikutus oli kaksisuuntaista. Tasoa kuvattiin yleisesti muun muassa tiimityöksi ja ryhmätyöksi. Toisen osapuolen sitoutumista yhteistyöhön voitiin joutua kontrolloimaan erillisen sopimuksen avulla. Yhteistoiminnan tasolla osallistujilla oli yhteinen päämäärä ja se tiedostettiin yhteisesti. Olennainen osa oli luottamus osapuolten välillä ja usko toisen osapuolen sitoutumiseen yhteiseen asiaan jolloin kontrollia ei tarvittu. (Mönkkönen 2001: 440-443.)

Pitkäsen ym. (2002: 227-229) mukaan perhehoitotyön toimintoihin kuului yhdessä toimiminen hoitoprosessin eri vaiheissa sekä yhteyden pitäminen. Lisäksi perhehoitotyön toimintoihin kuului psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen ja tiedottaminen. Hoitajat tukivat omaisten jaksamista rohkaisemalla, ylläpitämällä toivoa, motivoimalla ja luomalla turvallisuutta. Omaisten ahdistusta lievitettiin kuuntelemalla ja tukemalla heitä ongelmiansa käsittelyssä. Tiedottaminen oli vastavuoroista; tietoa kerättiin sekä keskus-



teluissa omaisten kanssa että havainnoimalla heitä ja tietoa annettiin omaisille sekä vastattiin heidän kysymyksiinsä.

## 7 POHDINTA

Tässä luvussa esitämme yhteenvedon kirjallisuuskatsauksemme tuloksista tarkastellen niitä lähemmin. Lisäksi teemme johtopäätöksiä tuloksista sekä jatkotoimenpideehdotuksia. Pohdimme myös työmme luotettavuutta ja eettisyyttä sekä omaa oppimisprosessiamme opinnäytetyötä tehdessämme.

### 7.1 Tulosten tarkastelua

1990-luvun alkupuolella Suomessa on tiedostettu, että perhekeskeisyys on tärkeää psykiatrisessa hoitotyössä ja perhekeskeisyydestä haluttiin lisää tietoa (Laitinen ja Uusi-Ilikainen 1992). Haarakankaan (2001) mukaan aiemmin hoitotyössä korostuivat menettämät ja työntekijän rooli ulkopuolisena tarkkailijana. Nykyään tavoitteena on dialogisuus, jolloin osallistujat ovat tasavertaisia ja työntekijä on osallistuva havainnoija.

Latvalan (1999) mukaan puolet hoitajista toimi varmistavan käytännön mukaan, kun taas Latvalan ym. vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista halusi toimia yhteistoiminnallisesti, mutta käytännössä he toimivat asiantuntijalähtöisesti. Yhteistoiminnallisuuden käsite on tullut tutummaksi koko ajan, mutta tässä tutkimuksessa käsitteen monipuolisuutta hoitajat eivät ymmärtäneet kokonaan. Esimerkiksi hoitajista 70-90% kuvasi toimintatapaansa yhteistoiminnalliseksi, mutta vain 20%:lla hoitajista oli valmius ottaa potilaan voimavarat hoidon lähtökohdaksi.

Perhekeskeinen hoitotyö on kehittynyt Suomessa asiantuntijakeskeisestä työskentelystä potilaslähtöisempään suuntaan. Perhekeskeisyydestä keskustellaan paljon sairaanhoitajakoulutuksen yhteydessä sekä työelämässä, mutta kuitenkin perhe jää usein taka-alalle potilaan hoidon toteutuksessa. Perheellä on suuri merkitys potilaan hoidossa ja perhe on yleensä potilaalle tärkeä voimavara hoidossa. Potilas saa paljon tukea perheeltä hoitoprosessin eri vaiheissa sekä hoidon loputtua. Perheeltä saadaan myös hoidon tueksi sellaista tietoa, joka muuten voi jäädä kokonaan saamatta.

Yhteistoiminnallisuudesta hoitotyössä puhutaan myös paljon, mutta käsite kokonaisuudessaan voi jäädä vieraaksi hoitotyöntekijöille, jos sitä ei riittävästi avata. Jotta hoito olisi yhteistoiminnallista, hoitajan tulisi ottaa potilaan voimavarat hoidon lähtökohdaksi. Potilaan tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen vaatii hoitajalta panostusta ja mielenkiintoa potilasta kohtaan sekä vahvaa ammattitaitoa ja tiedon soveltamiskykyä. Potilaslähtöisyys on nykyään paljon esillä ja hoitajat tiedostavat paremmin potilaslähtöisen ja asiantuntijalähtöisen hoidon erot, mikä auttaa kehitettäessä psykiatrisen hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi.

Yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön kuuluu myös hoitajan itsearviointi omasta työskentelestään sekä palautteen vastaanottaminen vertaisarvioijalta (Latvala ym. 2005). Tällainen arviointi saa jokaisen hoitotyöntekijän tarkastelemaan ja pohtimaan omaa työskentelyään, jolloin kehittämistarpeet tulevat näkyviin ja hoitotyö kehittyy. Tämä kuitenkin koetaan vielä vieraaksi suomalaisessa psykiatrisessa hoitotyössä.

Perhekeskeiseen hoitotyöhön kuuluu suunniteltuja yhteistapaamisia, joita ovat neuvottelut perheen kanssa, kotikäynnit ja verkostopalaverit sekä satunnaisia yhteistapaamisia (Pitkänen ym. 2002). Potilaat ja heidän omaisensa kokivat verkostotapaamisten yhdistävän potilaan elämän eri osa-alueita ja lisäävän tiedon kulkua, jolloin osapuolet ymmärtävät paremmin toisiaan (Aaltonen - Piippo 2004). Myös Seikkulan ja Alakareen (2004) mukaan perhekeskeisessä hoitotyössä korostui sosiaalisen verkoston huomioiminen.

Nykyään psykiatrisessa hoitotyössä ollaan yhteydessä potilaan perheeseen ja muihin läheisiin, mutta aina ei ole selvää, ketä potilaan verkostoon voidaan ajatella kuuluvan. Verkostoon voi kuulua muitakin kuin perheenjäseniä (Seikkula ja Alakare 2004). Tapaamisen rakenne muotoutuu sen mukaan, ketä on paikalla ja mitä tarpeita heillä on.

Psykiatrisessa hoitotyössä keskeistä on hoidon yksilöllinen toteuttaminen potilaan tarpeiden mukaan. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen toteutuu potilaan, sairaalan ja avohoidon henkilökunnan yhteisissä verkostotapaamisissa. Dialogisuuden aikaansaaminen eri osapuolten välille on hoidon ensimmäinen tavoite. Dialogisessa työskentelyssä painottuu kuunteleminen sekä eri näkökulmien esiintuominen. (Seikkula - Alakare 2004.)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää ja haasteellista hoitotyössä. Jatkuvuus turvataan tiedon jakamiselle sekä pitämällä yhteyttä potilaan avohoidon työntekijöiden kanssa. Dialogisuuden aikaansaaminen osallistujien välille vaatii asiaan perehtymistä työntekijöiltä ja dialogisuuden toteuttamiseen tarvitaan aikaa kaikilta osapuolilta hoitotilanteessa.

Sekä Haarakankaan (2001) että Pitkäsen ym. (2002) mukaan perheen mukaan ottaminen hoitotyöhön ja perheen kunnioittaminen kuuluvat potilaslähtöiseen hoitotyöhön sekä edistävät hyvän ilmapiirin syntymistä. Potilaat kokivat verkostotapaamisten ilmapiirin myönteiseksi asioiden esiintuonnin kannalta (Aaltonen - Piippo 2004). Asiantuntijalähtöisesti toimiva hoitaja voi estää potilasta puhumasta omista asioistaan tapaamisissa, mikä voi tehdä hyvän ilmapiirin luomisen vaikeaksi (Vuokila-Oikkonen 2002).

Hoitaja voi edistää dialogisuuden syntymistä arkirupattelun ja tuntemuskysymysten avulla. Hoitaja tunnustelemaan puheen ja tunteiden ilmaisemiseen kannustamisen avulla potilas voi kokea tulleen ymmärretyksi. Nonverbaalisen palautteen ja heijastavan puheen avulla hoitaja osoittaa kuuntelevansa potilasta. (Kettunen ym. 2002.) Osapuolten tasavertaisuus ja työryhmän reflektointi ovat keskeisiä periaatteita hoitokokouksen vuorovaikutuksessa (Haarakangas 1997).

Yhteistoiminnallisuus voi jäädä toteutumatta ilman vastavuoroisuutta ja toisen erilaisuutta, jolloin ei synny uutta yhteistä ymmärrystä tilanteeseen. Yhteistoiminnan tasolla osallistujilla oli yhteinen päämäärä ja se tiedostettiin yhdessä. Olennainen osa on luottamus osapuolten välillä ja usko toisen osapuolen sitoutumiseen yhteiseen asiaan jolloin kontrollia ei tarvita. (Mönkkönen 2001.)

Omaisten jaksamista tuetaan kuuntelemalla, rohkaisemalla sekä tukemalla ongelmien käsittelyssä. Tiedon antaminen on vastavuoroista omaisten ja hoitajien välillä. (Pitkänen ym. 2002.) Omaisten tukeminen on haastavaa hoitotyössä ja omaiset saattavatkin kokea jäävänsä vaille riittävää tukea. Hoitajalta omaisten tuen tarpeen havaitseminen vaatii tarkkuutta ja hyvää tilannetajua. Käytännössä tähän välillä kiinnitetään liian vähän huomiota.

Katsekontaktin luominen ja yhteisen keskustelunkohteen rajaaminen sekä ajatuksien jakaminen työntekijän kanssa mahdollistivat potilaan aktiivisen osallistumisen. Työntekijän kiinnostus potilasta kohtaan sekä avointen kysymysten esittäminen ovat edellytyksiä dialogisuuden syntymiselle. Lisäksi työntekijän tulee välttää omia tulkintoja potilaan tilanteesta. (Vuokila-Oikkonen 2002; Haarakangas 2001.)

Väliavaaran (2003) mukaan vastaanottokeskusteluissa potilas jää usein passiiviseksi osallistujaksi hoitajan kerätessä häneltä tietoja. Samoissa keskusteluissa esiintyy ajoittain myös dialogisuutta, jolloin hoitaja ja potilas ovat tasavertaisia keskustelijoita ja työntekijä pyrkii ymmärtämään potilasta.

Hoitaja vahvistaa omalla olemuksellaan ja viestimisellään yhteistoiminnallisuuden ja dialogisuuden syntymistä. Useissa tutkimuksissa nousi esille, että potilas jää helposti passiiviseen rooliin, ellei hoitaja aktiivisesti kannusta häntä tuomaan ajatuksiaan julki. (Vrt. Vuokila-Oikkonen 2002; Väliavaara 2003; Kettunen ym. 2002.)

Yhteistoiminnallisuuden toteutuminen perhetapaamisissa edellyttää avointa ja hyväksyvää ilmapiiriä, perheen kunnioittamista sekä erityisesti työntekijän taitoa kuunnella potilasta ja perhettä. Tapaamisissa tavoitteena on potilaslähtöisyys, minkä vuoksi niitä ei suunnitella etukäteen vaan esille otettavat asiat tulevat potilaan tarpeista. Tämä vaatii hoitajilta epävarmuuden sietokykyä, koska toisinaan on helpompi tukeutua selkeään kaavaan, jonka mukaan tapaamisessa edetään. Tapaamisiin tulee myös varata riittävästi aikaa, jotta dialogisuus pääsee toteutumaan.

Yhteistoiminnallisissa perhetapaamisissa osallistujat ovat tasavertaisia keskenään ja kunnioittavat toistensa mielipiteitä. Työryhmä voi kuitenkin tarvittaessa ohjata keskustelun suuntaa, ja vastuu lopputuloksesta on viimekädessä potilaan hoidosta vastaavalla lääkärillä. (vrt. Seikkula - Alakare 2004.)

## 7.2 Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset

Yhteistoiminnallisuuden toteutuminen perhetapaamisissa edellyttää, että tapaamisten sisältöä ei suunnitella etukäteen. Tapaamisiin kutsutaan potilaan nimeämät läheiset.

Perhetapaamisissa korostuu dialogisuus, jossa keskeistä on toisen kuunteleminen, eri näkökulmien esiintuominen ja epävarmuuden sieto.

Kirjallisuuskatsauksemme tuloksista nousi esille yhteistoiminnallisuuden käsitteen monipuolisuuden vaikea ymmärtäminen, joten käsitettä tulisi tehdä tutummaksi hoitajille esimerkiksi osastotunneilla. Käytännössä hoitotyöntekijät voisivat kehittää yhteistoiminnallisia hoitotaitojaan potilastyön lisäksi myös hoitajien välisessä toiminnassa, esimerkiksi pitämällä osastotunteja yhteistoiminnallisesti.

Yhteistoiminnalliseen ja dialogiseen työskentelyyn voisi kiinnittää huomiota myös esimerkiksi tapaamisissa, joissa on mukana eri ammattiryhmien edustajia. Tällöin osastolle saataisiin yhteinen ymmärrys perhetapaamisten sisällöstä eikä yhteistoiminnallisuus jäisi toteutumatta sen takia, että joku osallistujista ei tunne käytäntöä.

### 7.3 Luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin selkeästi ja luotettavasti. Tämä saavutetaan keräämällä kattavasti alkuperäistutkimuksia, jolloin kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ei kärsi tiedon valikoitumisen takia. Luotettavaan lopputulokseen päästään arvioimalla tutkimustietoa kriittisesti ja jäsentämällä aineisto loogisesti. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39, 43-44; Metsämuuronen 2006: 31.)

Tutkimussuunnitelmassa määritellään alkuperäistutkimuksille sisäänotto- ja laatukriteerit, jotka perustuvat tutkimuskysymyksiin. Näiden kriteereiden avulla pyritään löytämään tutkimuksen kannalta olennaisimmat artikkelit. Aineistoa haettaessa pyritään välttämään kieli- ja julkaisuharhaa tekemällä hakuja sekä sähköisesti että manuaalisesti eri kielillä. Näin löydetään myös artikkelit, jotka on julkaistu esimerkiksi englanninkielisissä lehdissä. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 40-41.)

Kirjallisuuskatsaukseemme haimme artikkeleita sekä hakusanoilla että keskeisten psykiatrisen hoitotyön tutkijoiden nimillä, mikä varmisti aineiston kattavuuden. Hakuja teimme sekä suomen- että englanninkielisistä tietokannoista estääksemme kieli- ja julkaisuharhan syntymistä.

Alkuperäistutkimusten laatua tarkasteltaessa kiinnitetään huomio tutkimusmenetelmien laatuun sekä tutkimuksen sovellettavuuteen ja käyttöön (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 41-42). Valitessamme työhömmme alkuperäisaineistoa arvioimme kriittisesti sen sopivuutta ja luotettavuutta.

Kirjallisuuskatsauksemme luotettavuutta heikentää se, että mukana on muitakin artikkeleita kuin tutkimusartikkeleita sekä pro gradu -tutkielmia. Otimme kirjallisuuskatsauksemme mukaan myös väitöskirjoja ja niiden lukeminen oli mielenkiintoista, mutta emme pystyneet tiivistämään niiden tuloksia toivomaamme muotoon. Kuitenkin alkuperäisaineisto olisi jäänyt suppeaksi, jos olisimme ottaneet mukaan vain tutkimusartikkeleita. Myös aiheen rajausta olisimme voineet miettiä tarkemmin, kun selvisi, ettei tutkimusartikkeleita löydy riittävästi.

Eettisyyttä kirjallisuuskatsauksessamme varmistaa alkuperäisaineistolle uskollisena pysyminen. Kiinnitimme erityistä huomiota siihen, että emme tehneet omia tulkintoja aineistosta. Lisäksi huomioimme lähdeviittausten ohjeiden mukaisen käytön kunnioittaaksemme tekijänoikeuksia. Eettisyyttä tukee myös se, että emme plagioineet alkuperäisaineiston tekstiä työhömmme.

#### 7.4 Työskentelyn kuvaus ja arviointi

Aloitimme opinnäytetyön työstämisen keväällä 2007 hakemalla projektiin, joka oli mielestämme mielenkiintoisin esitellyistä vaihtoehdoista. Työmmme aiheeksi saimme meitä kiinnostaneen perhetapaamisten kehittämisen yhteistoiminnallisemmaksi. Osallistuimme projektin kehittämisiltapäivään, jossa tapasimme projektiin kuuluvien osastojen yhdyshenkilöitä ja saimme heiltä tärkeää tietoa kehittämistarpeista. Kävimme myös tutustumassa päihdepsykiatriseen osastoon ja keskustelimme osaston toiveista perhetapaamisten kehittämisessä.

Työskentelyn aloitimme tutustumalla systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteisiin ja syksyllä 2007 laadimme työsuunnitelman, johon teimme alustavat aineistohaut ja aineiston analyysin taulukkomuotoon. Työsuunnitelmaseminaarissa saimme hyviä neuvoja jatkaessamme työskentelyä. Seminaarin jälkeen teimme lopulliset aineistohaut ja aloimme analysoida tuloksia. Opinnäytetyömme valmistui keväällä 2008.

Opinnäytetyön alussa jaoimme keskenämme aineiston, jonka analysoimme taulukkoon. Tuloksia tarkastelimme yhdessä reflektoiden. Yhteistyömme sujui hyvin koko prosessin ajan huolimatta ajoittaisesta intensiivisestäkkin työskentelystä. Opinnäytetyön tekemisen aikana tuli hetkiä jolloin tuntui, ettemme pääse työssämme eteenpäin. Tällöin hyödynsimme ohjausta.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme valtavasti paitsi perhekeskeisestä ja yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä myös tieteellisen tutkimuksen teosta. Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä tuli meille tutuksi ja työn edetessä olemme oppineet hahmottamaan yhä suurempia kokonaisuuksia tutkimuksen teossa. Ajattelumme on kehittynyt analyyttisemmäksi ja oman tekstin kirjoittaminen on helpottunut koko ajan.

## LÄHTEET

- Aaltonen, Jukka - Piippo, Jukka 2004: Mental health: integrated network and family-oriented model for co-operation between health patients, adult mental health services and social services. *Journal of Clinical Nursing* 13. 876-885.
- Aaltonen, Jukka 2007: Perheterapiat. Teoksessa Lönnqvist Jouko (toim.): *Psykiatria*. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino. 784- 794.
- Alanen, Yrjö O. 1994: *Skitsofrenia. Syyt ja tarkoituksenmukainen hoito*. Helsinki. WSOY.
- Haarakangas, Kauko (toim.) 2002: *Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli*. Helsinki. Suomen kuntaliitto.
- Haarakangas, Kauko 1997: *Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Haarakangas, Kauko 2001: Perheterapiassa menetelmistä dialogiin. *Perheterapia* 1. 31-45
- Hakulinen, Tuovi - Koponen Päivikki - Paunonen, Marita 1999: Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri. *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö*. 25-42.
- Janhonen, Sirpa 1999: Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11 (6). 334-338.
- Kettunen, Tarja - Poskiparta, Marita - Karhila, Päivi 2002: Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5). 213-221.



- Koskisuus, Jari - Kulola, Tarja 2005: Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuh-  
teessa ja perheessä. Helsinki. Edita Prima.
- Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimus-  
tiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1) 37-45.
- Laitinen, Maija - Uusi-Illikainen, Heleena 1992: Psykiatrisen hoito-opin opettajan pe-  
rusnäkemys perhekeskeisyydestä. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto.  
Kuopio.
- Latvala, Eila - Saranto, Kaija - Pekkala, Eila 2005: Yhteistoiminnallisen hoitotyön ke-  
hittäminen mielenterveystyössä. Tuloksia kehittämishankkeesta. *Tutkiva  
hoitotyö* 3 (2). 24-29.
- Latvala, Eila 1999: Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. *Hoitotie-  
de* 11 (4). 186-188.
- Marin, Marjatta 1999: Perhe ja sen muutokset suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa:  
Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri. *Perhe hoitotyössä. Teo-  
ria, tutkimus ja käytäntö*. Helsinki. WSOY. 43-60.
- Metsämuuronen, Jari (toim.) 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki. Interna-  
tional Methelp.
- Mönkkönen, Kaarina 2001: Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogi-  
suus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (5). 432-  
447.
- Mönkkönen, Kaarina 2007: Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki. Edita Pri-  
ma.
- Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999: *Perhe hoitotyössä. Teoria, tutki-  
mus ja käytäntö*. Helsinki. WSOY

Pitkänen, Anneli - Åstedt-Kurki, Päivi - Laijärvi, Heli - Pukuri, Tarja 2002: Psykiatri-  
nen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. *Hoitotiede* 14 (5). 223-232.

Päihdepsykiatria. 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti.  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,645,5142>>. Luettu  
9.4.2008.

Roivas-Mäkinen, Pirjo - Eriksson, Elina - Mattila, Lea-Riitta - Ruotsalainen, Taru 2006:  
Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Projekti-  
suunnitelma. Helsinki.

Seikkula, Jaakko - Alakare, Birgitta 2004: Avoin dialogi: Vaihtoehtoinen näkökulma  
psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120 (3). 289-296.

Seikkula, Jaakko - Arnkil, Tom Erik 2005: Dialoginen verkostotyö. Helsinki. Tammi.

Seikkula, Jaakko 1990: Perheen ja sairaalan rajasysteemi. Tutkimus perhekeskeisen  
hoidon aloituksesta sairaalassa. Helsinki. Sairaalaliitto.

Spelman, Heimo 2007: Hoitohenkilökunnan näkemyksiä perhetapaamisten merkitykses-  
tä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyö. Helsingin am-  
mattikorkeakoulu Stadia. Helsinki.

Viljanen, Kristiina 1999: Perhekeskeinen lastenneuvolatyö. Teoksessa Paunonen, Mari-  
ta - Vehviläinen-Julkunen, Katri. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja  
käytäntö. 290-306.

Vuokila-Oikkonen, Päivi - Janhonen, Sirpa - Saarento, Outi - Harri Marja 2002: Story  
telling of co-operative team meetings in acute psychiatric care. *Journal of  
Advanced Nursing*. 40 (2). 189-98.

Välivaara, Pirjo 2003: Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskuksissa. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

## TAULUKKO 2. Alkuperäisaineiston analyysi.

Tekijä, vuosi, julkaisu	Tarkoitus	Aineiston keruu ja käsittely	Keskeiset tulokset
Seikkula 1991: Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.	Teorian ja toimintaa kuvaavien käsitteiden kehittäminen psykiatrisen hoitotyön käytännössä.	Osallistuva toimintatutkimus sekä seurantatutkimus. Tutkijan ja avustajien havainnot potilaista (N=70). Aineisto järjestetty Olsonin vuorovaikutuksen ympyrämallin mukaan.	Potilaan vastaanottotapahtuma alkoi ensimmäisestä yhteydenotosta sairaalan poliklinikkaan. Tämän yhteydenoton kautta määrittäytyivät puitteet vastaanotolle. Jos potilaalla oli riittävä sosiaalinen verkosto, ja vuorovaikutus oli vastavuoroista, hän tarvitsi vähemmän sairaalahoidtoa, kun taas verkoston puuttuminen satoi potilasta tiiviimmin hoitojärjestelmään. Kaikkien potilaiden kohdalla työryhmän tehtävänä oli ymmärtää perheen toimintäsääntö ja suunnitella toimintansa sen mukaisesti. Perheen ja vastaanottoryhmän toimintaa säätelee kummankin sisäinen rakenne. Etsimällä yhteistä ymmärrystä perheen kommunikaation kanssa työryhmä kehitti koevoluutiota perheen ja työryhmän välille. Vaikeinta tämä oli, jos perheen vuorovaikutus oli kieroutunutta tai kaoottista. Tällöin työryhmän toiminta jäykistyi autoritaariseksi, vaikka olisi pitänyt tapahtua päinvastoin. Rajasysteemin käsite selvensi vaikeiden hoito-ongelmien ymmärtämistä. Sairaalan ja perheen rajalla tapahtuva vuorovaikutus korostui toistuvasti, ja hoitavan työryhmän oli vaikea kontrolloida sitä. Potilaan sosiaalisella verkostolla havaittiin olevan yhteys hoidon kulkuun. Pitkäaikaispotilailla oli pieni sosiaalinen verkosto, ja vuorovaikutus oli vähäistä, mikä lisäsi potilaiden sairaalahoitajaksoja. Sosiaalisen verkoston eri ryhmät sekä potilaan sisäiset kokemukset muodostavat eri kielialueita, joita hoitavan työryhmän tulisi tarkastella. Tavoitteena on luoda dialogia ja valita tilanteeseen sopiva lähestymistapa.
Laitinen & Uusi-Illikainen 1992: Psykiatrisen hoito-opin opettajan perusnäkemys perhekeskeisyydestä. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto.	Kuvata psykiatrisen hoito-opin perusnäkemystä perhekeskeisyydestä	Suomenkielisten terveydenhuolto-oppilaitosten opettajat (N=46). kyselytutkimus. Tutkimusaineisto käsitelty kvantitatiivisesti ja kvalitatiivisesti.	Perhekeskeisyys koettiin tärkeäksi psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrisen hoito-opin opettajat kokivat perhekeskeisyyden tietoperustan olevan osittain puutteellista sekä käsitteiden käytön olevan epäyhtenäistä. Opettamiseen saatiin tukea hoitotieteen malleista, mutta niiden soveltaminen oli vaikeaa. Opettajat kokivat hoitotyön olevan perhekeskeistä, mutta perheen voisi huomioida vielä paremmin.
Haarakangas 1997: Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.	Hoitokokoukseskustelua ja työryhmän toimintaa koskevan teoreettisen tiedon lisääminen. Perhekeskeisen psykiatrisen hoitokokoukseskustelun kuvaus dialogisena prosessina erityisesti työryhmän toiminnan näkökulmasta.	40 eri potilaan hoitokokousnauhoituksesta valittu analysoitavaksi kymmenen hoitokokousta. Hoitokokoukseskusteluiden transkriboinnin jälkeen suoritettiin ”raaka-analyysi”, minkä jälkeen tapausten analyysissä on käytetty tutkimuksen teorian pohjalta kehitettyä dialogista analyysia.	Dialogisuuden toteutumiseksi hoitokokouksessa osallistujien tuli käyttää samanlaista kielellistä ilmaisua. Tämän seurauksena keskustelussa toteutui polyfonisuus, ja työryhmä kytkeytyi perheen kanssa kielellisesti yhteiseen keskusteluun. Osallistujien tuli olla avoimia kokouksessa syntyville uusille merkityksenannoille ja kaikkien osallistujien äänten tuli kuulua tasavertaisina. Hoitoprosessin aikana työryhmä voi ohjata keskustelun aiheisiin, joista perhe ei vielä ole kyennyt puhumaan, jolloin syntyy mahdollisuus terapeutin muutokseen perheen merkityssysteemissä. Työryhmän jäsenten reflektointi muodosti perheelle viitekehyksen, johon he voivat suhteuttaa omia kokemuksiaan, millä oli terapeuttinen ja kokemuksia normalisoiva vaikutus.

Latvala 1999: Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotiede. 11 (4).	Tiedon tuottaminen psykiatrisen hoitotyön käytäntöön ja hoitotyön koulutukseen.	Psykiatrisen hoitotyön havainnointilaitospäristössä (N=10), hoitajien (N=29), hoitotyön opiskelijoiden (N=7), psykiatristen potilaiden (N=16) haastattelu. Grounded theory -menetelmä, deduktiivinen sisällön analyysi.	Psykiatrisessa hoitotyössä työntekijät toimivat kolmen eri mallin mukaisesti. Yksi näistä oli yhteistoiminnallinen hoitotyö, joka varmistaa potilaslähtöisyyden ja potilaan vastuullisen osallistumisen hoitoonsa. Toisena oli kasvattava hoitotyö, jossa hoitaja toimii ideaalimallin mukaisesti. Potilaan rooli oli vastuullinen vastuunottaja. Varmistavassa hoitotyössä potilas jäi passiiviseen rooliin hoitajan tukeutuessa auktoriteettiin. 50 % hoitajista toimi varmistavan, 37 % kasvattavan ja 13 % yhteistoiminnallisen hoitotyön mallin mukaan.
Mönkkönen 2001: Kunkumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. Yhteiskuntapolitiikka 66 (5).	Eritellä dialogisen vuorovaikutuksen problematiikkaa asiakastyön vuorovaikutuksessa	Eläytymismenetelmä	Tutkimuksessa tarkastellaan päihdekuntoutujien ja hoitohenkilökunnan välisiä asiakassuhteita kuvaavia tarinoita sosiaalisen vuorovaikutuksen eri tasojen avulla. Tilanteessa olon tasolla henkilöt ovat samassa tilassa vuorovaikutuksessa, mutta he eivät pyri kontaktiin toistensa kanssa. Vuorovaikutus voi jäädä pinnalliseksi, jos henkilöt ajattelevat jo alussa, että suhteesta ei tule mitään. Tutkimuksessa ei juuri esiintynyt tätä tasoa. Sosiaalisen vaikuttamisen tasolla keskusteluun osallistujien välillä on vuorovaikutusta, mutta toinen osapuoli voi selkeästi hallita tilannetta. Dialogisuudella ja aidolla kohtaamisella pyritään vaikuttamaan vallan tasaisempaan jakautumiseen keskustelussa. Sosiaalinen vaikuttaminen voidaan jakaa asiantuntija- ja asiakaskeikkeeseen näkökulmaan. Asiantuntijanäkökulmassa työntekijän toimintaa ohjaavat rutiinit ja opitut teoriat sekä omat tulkinnot asiakkaan tilanteesta. Lisäksi työskentelystä puuttuu luovuus ja herkkyyks toisen näkemyksille, jolloin asiakas turhautuu. Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus on yksisuuntaista ja keskustelun kohteena ovat asiakkaan tarpeet. Yhteistoiminnallisuus voi jäädä toteutumatta vaikka suhde olisikin hyvä, sillä ilman vastavuoroisuutta ja toisen erilaisuutta ei synny uutta yhteistä ymmärrystä tilanteeseen. Seuraavalla tasolla vuorovaikutuksella ei pyritä yhdessä tiettyyn päämäärään vaikkakin osallistujilla voi olla jokin sama intressi. Osallistujat ajavat omia tai oman ryhmän etuja, toisen edusta ei olla kiinnostuneita. Tämä johtaa kilpailutilanteeseen, jossa vuorovaikutus voi olla myös yksipuolista toisen osapuolen uskoessa suhteen luottamuksellisuuteen ja toisen suuntautuessa omiin päämääriinsä. Yhteistyötasolla osallistujilla on yhteinen päämäärä, jonka saavuttamiseksi tarvitaan yhteinen työnjako ja ymmärrys asioiden etenemisestä. Vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Tasoa kuvataan yleisesti muun muassa tiimityöksi ja ryhmätyöksi. Toisen osapuolen sitoutumista yhteistyöhön voidaan joutua kontrolloimaan erillisen sopimuksen avulla. Yhteistoiminnan tasolla osallistujilla on yhteinen päämäärä ja se tiedostetaan yhteisesti. Olennainen osa on luottamus osapuolten välillä ja usko toisen osapuolen sitoutumiseen yhteiseen asiaan jolloin kontrollia ei tarvita.
Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002: Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14 (5).	Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen kuvaus, tutkimus keskittyy erityisesti	Videoidut ja sanataarkkaan kirjoitetut neuvontatilanteet (N=38). Osallistujat: eri asteisen koulutuksen saaneet hoita-	Neuvontakeskusteluissa hoitajat käyttivät erilaisia puhekäytäntöjä vahvistaakseen vuorovaikutusta potilaan kanssa. Keskustelun aloittaminen kutsumalla potilas osallistumaan mahdollistaa potilaalle kysymysten esittämisen ja aktiivisen roolin. Potilaalle tarjotaan tilaisuus kokemusten ja tunteiden esiinluomiseen tuntemuskysymysten avulla. Arkirupat-

	potilaan keskusteluun osallistumista edistäviin hoitajien puhekäytäntöihin.	jat ( N=19) ja potilaat (N=38), etnometodologinen keskusteluanalyysi.	lun avulla hoitaja voi laukaista potilaan jännitystä hoitoon liittyvistä asioista puhuttaessa. Hoitajan käyttäessä tunnustelemaa puhetta potilas saa mahdollisuuden hallita keskustelun sisältöä. Potilas voi kokea tulleen ymmärretyksi, kun hoitaja käyttää tunnustelemaa puhetta ja sallii potilaan tunteiden esiintuomisen. Tämän potilas voi tuntea vahvistavana kokemuksena. Hoitajat rohkaisevat potilasta jatkamaan puhetta kuuntelemista osoittavan nonverbaalisen palautteen ja heijastavan puheen avulla. Hoitoon liittyvien vaihtoehtojen esittely tasavertaisina mahdollisuuksina sekä hoitajan neutraalisuus kunnioittavat potilaan itsemääräämisoikeutta.
Pitkänen, Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002: Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede 14 (5).	Hoitajien perhehoitotyöhön psykiatrisissa hoitoyksiköissä liittyvien kuvausten tarkastelu	Erään yliopistollisen sairaalan psykiatristen osastojen ja poliklinikoiden (N=17) hoitohenkilökunnalta avoimella kysymyksellä (vastaus kirjallisena). Induktiivinen sisällön analyysi.	Hoitajat kuvasivat psykiatrasta perhehoitotyötä kolmen pääkategorian avulla. Perhehoitotyön toimintaa ohjaaviin periaatteisiin kuuluu perheen huomioiminen yhteistyösuhteessa sekä osastokulttuurin luominen perhekeskeiseksi, jolloin perhe kokee itsensä arvokkaana osana hoitotyötä. Perhehoitotyön toimintoihin kuuluu yhdessä toimiminen hoitoprosessin eri vaiheissa sekä yhteyden pitäminen. Lisäksi perhehoitotyön toimintoihin kuuluu psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen ja tiedottaminen. Hoitajat tukevat omaisten jaksamista rohkaisemalla, ylläpitämällä toivoa, motivoimalla ja luomalla turvallisuutta. Omaisten ahdistusta lievitetään kuuntelemalla ja tukemalla heitä ongelmien käsittelyssä. Tiedottaminen on vastavuoroista; Tietoa kerätään sekä keskusteluissa omaisten kanssa että havainnoimalla heitä ja tietoa annetaan omaisille sekä vastataan heidän kysymyksiinsä. Perhehoitotyön menetelmät sisältävät suunnitellut yhteistapaamiset, joihin kuuluvat neuvottelut perheen kanssa, kotikäynnit ja verkostopalaverit, satunnaiset yhteistapaamiset ja perheterapian.
Vuokila-Oikonen, Janhonen, Saarento, Harri 2002: Storytelling of cooperative team meetings in acute psychiatric care. Journal of Advanced Nursing 40 (2).	Psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvottelun kertomistilanteessa rakentuvien kertomusten kuvaaminen	Videoidut neuvontakeskustelut (N=11) kahdelta psykiatriselta akuuttiosastolta. Osallistujat: Potilas, hoitajat, lääkäri ja potilaan nimeämät läheiset ihmiset sekä potilaan tilanteesta riippuen ulkopuoliset asiantuntijat. Narratiivinen lähestymistapa.	Yhteistyöneuvottelujen ilmapiiri ei suosinut potilaan oman kertomuksen esiintulemistä. Edellytyksenä potilaan ja hänen perheensä aktiiviseen osallistumiseen neuvottelussa oli, että osallistujat yhdessä onnistuivat rajaamaan keskustelun kohteen ja puhuivat samasta asiasta sekä loivat keskenään katsekontaktin. Lisäksi yhteistoiminnallisuutta neuvotteluissa edisti asiantuntijoiden avoimet kysymykset, jotka auttoivat potilaan oman kertomuksen esiintuomista sekä näiden kysymysten perustelu. Yhteistoiminnallisuus edellyttää myös asiantuntijan mahdollisen tulkinnan varmistamista potilaalta tai hänen perheeltään. Yhteistoiminnallisuus ei toteutunut keskusteluissa, joiden alussa yhteistä kohdetta ei rajattu. Asiantuntijalahtoiset suljetut kysymykset sekä potilaalle ja hänen perheelleen vieraiden käsitteiden käyttö johtivat potilaan ja hänen läheistensä passiivisuuteen keskusteluissa. Asiantuntijan kertomuksen nouseminen muiden osallistujien yläpuolelle sekä asiantuntijan kontrolloiva ja eleeton kertominen eivät edistäneet yhteistoiminnallisuutta keskusteluissa.
Väliavaara 2003: Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa. Pro gradu -	Tarkoituksena on kuvata psykiatrisen sairaalan vastaanottotilanteissa käytäviä keskusteluja	psykiatrisen sairaalan avo-osaston viiden potilaan äänitetty vastaanottokeskustelut. Diskurssianalyysi.	Vastaanottotilanteen alussa hallitseva osa keskustelusta oli potilaan tulosyn kartoituksella eli puhuttiin lähinnä potilaan oireista. Työntekijä hallitsi keskustelun sisältöä ja kulkua potilaan ollessa vastaajana. Työntekijä ei välttämättä tiedostanut valikoivansa aiheita keskustelun aikana eikä potilas kuitenkaan ollut vain passiivinen vaan myös aktiivinen osallis-

<p>tutkielma. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>niiden keskustelukäytäntöjä sekä sitä, mitä näistä käytännöistä seuraa.</p>		<p>tuja. Potilaan puhuessa tunteistaan ja kokemuksistaan hoitaja vaihtoi puheenaihetta. Työnjakoon sekä hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen voi hoitaja puheellaan vaikuttaa. Työntekijä voi tehdä potilaasta omia tulkintojaan varmistamatta potilaalta tulkintojen oikeellisuutta. Elämäntilannekeskustelussa tiedon kerääminen oli suuremmassa roolissa kuin tulosyyn kartoituksessa. Keskustelua työntekijän ja potilaan välille ei syntynyt vaan lähinnä asioiden kyselemistä potilaalta. Myös tässä käytännössä potilaan kuvailemat tunteet sivuutettiin. Tietoa kerätessä haettiin faktojen lisäksi merkkejä potilaan voinnin muutoksista. Ratkaisukeskustelussa hoitaja kertoi vain ratkaisuvaihtoehdot potilaan hoitoon liittyen eivätkä osallistujat pohtineet yhteistä hoidon tavoitetta. Keskustelu oli asiantuntijälähtöistä. Tyypillistä oli hoidon tarpeellisuuden toteaminen. Työntekijä ei myöskään perustellut potilaalle ratkaisujaan hoidon suhteen. Vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö ilmeni usein keskustelun aikana esiintyvänä yksittäisinä piirteinä. Työntekijän tavoitteena oli ymmärtää potilaan tuntemuksia ja olla kiinnostunut hänen kokemuksistaan, mikä johti työntekijän ja potilaan väliseen dialogisuuteen. Potilaan omaan asiantuntijuuteen luotettiin ja potilaan voimavarat huomioitiin. Hoidon tavoitteita pohdittiin yhdessä ja työntekijä toimi neuvottelussa tasavertaisena keskustelijana asiantuntijan sijaan. Keskustelun avulla potilas saattoi löytää uuden näkökulman tilanteeseen.</p>
<p>Aaltonen, Piippo 2004: Mental health: integrated network and family-oriented model for co-operation between health patients, adult mental health services and social services. Journal of Clinical Nursing 13.</p>	<p>Selventää potilaiden kokemuksia mallista ja yhteistyön merkitystä potilaalle.</p>	<p>22 mieleninterveypotilaan, jotka olivat myös sosiaalipalvelujen asiakkaita, haastatellut. Lähestymistapana grounded theory.</p>	<p>Potilaat kokivat verkostotapaamiset yhdistävänä tekijänä elämänsä eri osa-alueiden välillä, jolloin heidän ei tarvinnut enää hakea apua useasta eri paikasta. Kokoontuessaan potilaat, työntekijät sekä potilaan sosiaalinen verkosto muodostivat uudenlaisen ilmapiirin, jossa potilaat tunsivat voivansa puhua vapaasti tärkeistä asioistaan. Aiemmin potilaat kokivat yksittäistentyöntekijöiden tapaamisen palvelevan lähinnä työntekijöiden tarpeita. Lisäksi keskustelu eri ammattilaisten ja omaisten kanssa auttoi potilasta näkemään elämäntilanteensa laajemmasta perspektiivistä sekä osallistumaan hoitoonsa subjektina yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Potilaiden mukaan luottamus oli vastavuoroista heidän ja työntekijöiden välillä. Potilaat kokivat luottamuksen vahvistavan heidän itsenäisyyttään, mikä lisäsi heidän voimavarojaan sekä kykyään selviytyä vaikeissa tilanteissa. Lisäksi potilaat tunsivat, että työntekijät olivat rehellisiä. Potilaat kokivat, että he voivat vaatia vastauksia hoitoaan koskeviin kysymyksiin, ja että työntekijät myös kykenevät kertomaan rehellisesti oman mielipiteensä hoidosta. Potilaiden omaiset kokivat saavansa tietoa läheistensä hoidosta verkoston tapaamisissa, jolloin he ymmärsivät potilaan tilannetta paremmin. Toisaalta potilaat epäilivät perhe- ja verkostokeskeisen työn mallin pysyvyyttä sekä miettivät rasittako tämä liikaa omaisia, kun he joutuvat kuuntelemaan potilaiden ongelmia. Potilaat myös kokivat ammattilaisten alkaneen luottaa vain malliin potilaiden omien voimavarojen sijaan, mikä heikensi heidän itsenäisyyttään. Lisäksi potilaat miettivät onko malli riittävän konkreettinen yhdistettynä heidän arkipäiväiseen elämäänsä.</p>

Latvala, Saranto, Pekkala 2005. Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä. Tuloksia kehittämishankkeesta. Tutkiva hoitotyö 3 (2).	Yhteistoiminnallisen hoidon kehittäminen mielenterveystyössä ja yhteistoiminnallisen hoidon arviointiin tuotettujen verkkoympäristössä toimivien mittareiden hyödyntäminen.	Verkkoympäristössä toimivilla mittareilla (Likert-tyyppisiä väittämiä) toteutettu kysely Porvoon sairaalan psykiatrian yksiköissä kolmena peräkkäisenä vuonna. Potilaiden (N=188) ja hoitajien (N=92) vastausten analysointi määrällisesti SPSS tilasto-ohjelmalla.	Hoitajat ymmärsivät yhteistoiminnallisen työskentelytavan tärkeyden ja hankkeen edetessä työskentely yhteistoiminnallisesti tuli hoitajille tutuksi. Hoitajat halusivat toimia potilaslähtöisesti, mutta noin 70 % työskenteli edelleen käytännössä asiantuntijalähtöisesti. Jotta työskentely on yhteistoiminnallista, hoitajan tulee olla valmis oman työtapansa, persoonallisuutensa ja ammattitaitonsa arviointiin sekä dialogiseen työskentelyyn potilaan kanssa. 91 % vastaajista ei ollut valmis vertaisarviointiin ja 29 % oli valmis saamaan palautetta työstään. Lisäksi 69 % hoitajista ei kokenut olevansa valmis ottamaan potilaan voimavaroja hoidon lähtökohdaksi. Yhteistyöhön potilaan perheen kanssa hoitajista 36 % koki olevansa valmis. Potilaat halusivat osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon enemmän, mutta käytännössä olivat usein passiivisia osallistujia. Silti potilaat tunsivat, että he olivat tulleet kuulluiksi. Suurin osa potilaista kuvasi toimintatapaansa vastuulliseksi osallistujaksi omassa hoidossaan, mutta vain 40 % potilaista koki olevansa valmis oman hoitonsa suunnitteluun ja siihen kuuluvaan päätöksentekoon. 80 % potilaista koki olevansa valmis olemaan hoidossaan todellinen vaikuttaja ja aktiivinen osallistuja. 92 % potilaista oli valmis jakamaan omia näkemyksiään asiantuntijoiden kanssa. 72 %:lla potilaista ei ollut kiinnostusta omista mahdollisuuksistaan selviytyä sairaudestaan.
---	---	---	---